

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1899-1900. — N° 151

DES
TUMEURS SOUS-UNGUÉALES
DOULOUREUSES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 40 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH VINCENT

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon — Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né à Alby-sur-Chéren (Haute-Savoie), le 21 septembre 1875.



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 151

DES
TUMEURS SOUS-UNGUÉALES
DOULOUREUSES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH VINCENT

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon — Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né à Alby-sur-Chéren (Haute-Savoie), le 21 septembre 1875.



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophthalmologique		OLLIER.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		PONCET.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale.		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie		PIERRET.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacie		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON (A.).	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET. Président ; M. ROLLET, Assesseur ;
MM. DURAND et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Je dédie ce modeste travail comme témoignage de ma
reconnaissance et de ma profonde affection.*

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Nos études médicales terminées, il nous reste à remercier tous les maîtres qui se sont particulièrement intéressés à nous et nous ont guidé dans notre voie.

M. le professeur Poncet nous fait l'honneur de présider notre thèse après nous en avoir inspiré le sujet; qu'il veuille bien agréer aujourd'hui l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Pendant nos années d'externat, nous avons eu le bonheur de suivre de près des maîtres éminents. MM. les docteurs Jaboulay, Vincent nous ont donné en chirurgie des notions précises qui nous guideront dans notre carrière; ils nous ont témoigné une grande bienveillance et aidé de leurs précieux conseils; nous les prions d'accepter l'hommage de notre sincère gratitude.

M. le Dr Audry, médecin des hôpitaux, nous a initié au lit du malade aux difficultés de la médecine; il a guidé notre inexpérience et nous lui en serons toujours reconnaissant.

Pendant notre internat à l'hôpital de Grenoble, nos chefs de service, MM. les docteurs Cibert, Girard, Porte, nous ont toujours témoigné un grand

intérêt, nous leur adressons nos plus sincères remerciements.

MM. les docteurs Bérard, professeur agrégé à la Faculté, Delore, chef de clinique chirurgicale, M. le Dr Dor, nous ont accueilli avec beaucoup de bienveillance; nous les remercions sincèrement.

A tous nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux, merci !

Pendant nos études, nous avons trouvé des amis dévoués que nous quittons avec regret; nous leur donnons l'assurance de notre sincère et durable affection.

INTRODUCTION

En toutes affections, la douleur est un symptôme de grande valeur ; présente dans les tumeurs petites et isolées, elle faisait autrefois de ces tumeurs une affection constamment désignée sous le nom de névrome. Plus tard, le névrome se dédouble en fibrome, sarcome, etc..... ; mais la douleur vive dans une petite tumeur indiquait forcément une lésion du nerf.

Dans la région sous-unguéale particulièrement, où les extrémités nerveuses sont incessamment exposées aux pressions et aux contusions, une douleur aiguë, non en rapport avec des symptômes objectifs, faisait croire à une néoformation nerveuse, et l'analogie avec les névromes des moignons rendait séduisante cette explication.

Il en est des tumeurs sous-unguéales douloureuses comme des tubercules sous-cutanés douloureux, et M. le professeur agrégé Chandelux, a démontré que c'était tantôt des fibromes, tantôt des épithéliomas, tantôt des fibro-myxomes, etc., etc...

Notre travail, basé sur treize observations dont onze avec examen histologique a pour but de démontrer la diversité anatomo-pathologique de ces tumeurs douloureuses, en même temps que nous essayerons de les distinguer des exostoses sous-unguéales avec lesquelles on a dû souvent les confondre.

Ces dernières rentrent évidemment dans le cadre de notre sujet, mais comme elles siègent le plus souvent sur le bord interne de la phalange, elles se libèrent facilement de l'ongle qui les comprimait et les douleurs cessent. Les vraies tumeurs douloureuses — nous donnons au mot tumeur sa signification clinique sans préjuger en rien de la constitution anatomique — sont celles où les douleurs sont spontanées et réveillées à la pression, indépendantes des phénomènes inflammatoires secondaires.

Dans notre travail, après avoir fait l'historique du sujet, nous essayerons de résoudre la question étiologique avec les données incomplètes que nous possédons ; nous décrirons les symptômes et les caractères macroscopiques des tumeurs sous-unguéales douloureuses ; nous essayerons de donner une interprétation du phénomène douleur et de ses causes en nous basant sur des considérations cliniques et anatomiques. Le diagnostic s'attachera surtout à distinguer ces néoformations de nature diverse des exostoses sous-unguéales. L'évolution et le pronostic ne sauraient être séparés et formeront un seul chapitre : nous terminerons enfin par le traitement.

CHAPITRE PREMIER

Historique

La pathologie unguéale s'est longtemps réduite à l'ongle incarné et à l'onxyxis latéral qui complique fréquemment le premier. Puis, on a distrait de cette affection les exostoses sous-unguéales qui forment maintenant un chapitre à part.

Mais, avant Le Fort, les auteurs classiques restent muets sur les tumeurs sous-unguéales. Seul, Follin semble avoir soupçonné le durillon sous-unguéal dans les termes suivants (Pathologie externe, L. II, p. 86) :

« La surface du lit de l'ongle n'est pas toujours
« égale ; on y constate parfois une saillie brusque
« qui se traduit extérieurement par une disposition
« correspondante de la portion cornée. Cette surface,
« au lieu d'être légèrement feuilletée, est assez sou-
« vent recouverte d'éminences papilliformes ou de
« lamelles hypertrophiées qui sont rouges et gorgées
« de vaisseaux. J'ai rencontré aussi des lits de l'on-

« gle épaissis, mais peu vasculaires. Le tissu fibreux
« du derme était hypertrophié et, entre ces fibres,
« on constatait de très petits lobules graisseux », et
plus haut, il met en relation « l'hypertrophie uni-
« forme du derme avec l'apparition de l'épaississe-
« ment dans les couches de l'ongle ». Dans la pre-
mière partie de cette citation, Follin semble donc
avoir bien observé et remarqué ces saillies du derme
unguéal, mais on aurait pu s'attendre à ce qu'il en
tirât des conclusions pathologiques. Or, il n'en est
rien ; il mentionne un état anatomique qui, pour lui,
ne se révèle pas, apparemment, par des signes clini-
ques, qui n'est même peut-être pas une lésion
anatomo-pathologique.

Pozzi (*Bulletin de la Société anatomique 1874*)
rapporte l'observation d'un homme atteint d'épithé-
lioma du pied : « Il avait également du psoriasis des
« ongles et une hypertrophie considérable du derme
« sous-unguéal, bien que les plaques de psoriasis
« fissent défaut sur le pied proprement dit ».

Davillé (Thèse de doctorat, Paris, 1880) cite une
observation d'épithélioma de la racine de l'ongle
(Observation XII de notre thèse) opéré dans le ser-
vice de M. le professeur Gosselin, et un cas d'épithé-
lioma du gros orteil droit et de l'index gauche,
observé dans le service de M. Polaillon. L'examen
histologique n'a pas été fait ; d'autre part, l'existence
d'une ulcération sur le côté interne de l'index et à la
base du gros orteil avec suppuration sanieuse, la
couleur violacée du bourrelet fongueux, le traitement
appliqué (iodure de potassium et frictions mercu-

rielles) sont plutôt en faveur d'un onyxis syphilitique et nous considérons comme douteux ce diagnostic d'épithélioma.

Le Fort, le premier, en 1882, attire l'attention sur le durillon sous-unguéal et fournit une belle observation (Observation III) Son élève Thiery rapporte, en 1888, à la Société anatomique, deux cas semblables suivis d'examen histologique (Observation I et II). Dans la même séance, M. Gérard-Marchand donne l'observation d'un papillome sous-unguéal douloureux vérifié par l'examen microscopique (Observation IV).

Les observations alors se multiplient, et Lebouc, dans sa thèse (Paris 1889) réunit dix observations en joignant aux quatre précédentes, un cas d'épithélioma, dû à M. Peyrot (Observation X) un cas de fibrome (Observation V), un cas de myome à fibres lisses, et trois autres cas de durillons sous-unguéaux dont deux sont dus à M. Leclerc, de Saint-Lô, et un à M. Brunon. Ces quatre dernières observations n'ont pas été rapportées dans notre thèse parce que les douleurs n'y sont pas signalées.

En 1889, le docteur Toupet, qui avait fait l'examen anatomo-pathologique du cas d'épithélioma signalé dans la thèse de Lebouc, rapporte un cas semblable d'épithélioma pavimenteux tubulé à la Société anatomique (observation XI).

Les auteurs parisiens semblent avoir laissé passer inaperçu le névrome corpusculaire sous-unguéal qui fut choisi par le jury pour servir à l'une des épreuves cliniques du concours de chirurgien-major de la

Charité de Lyon, en 1881, et qui fournit à M. Vincent l'occasion de porter un diagnostic d'une remarquable précision. Ce cas est rapporté par M. Chandelux dans les *Archives de Physiologie* de 1882 (Tubercules sous-cutanés douloureux) : l'examen histologique démontra l'existence d'un véritable corpuscule de Malpighi dans ce névrome microscopique.

Il nous a été impossible de trouver dans les auteurs étrangers un seul cas de tumeur sous-unguéale douloureuse — mis à part les exostoses sous-unguéales.

Mais, nous avons eu le bonheur de trouver un cas, particulièrement intéressant, de tumeur à myéloplaxes que nous a communiqué M. le professeur Poncet, une observation de botryourycome? due à l'obligeance de M. X. Delore, chef de clinique chirurgicale, et un cas de névrome opéré par notre maître, M. Jaboulay, chirurgien des hôpitaux.

Enfin, une observation très détaillée nous a été fournie par M. Bérard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. L'examen fait au laboratoire de M. le professeur Poncet a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par les photographies microscopiques de la tumeur. Nous avons été dans l'impossibilité matérielle de reproduire ces photographies, mais l'observation sera prochainement publiée par M. Bérard avec les résultats éloignés de l'intervention.

CHAPITRE II

Étiologie.

La question étiologique est assez difficile à résoudre, certaines observations étant muettes à cet égard ; quelques auteurs ont même oublié de signaler le siège des tumeurs et, à notre avis, l'interrogatoire n'a pas suffisamment insisté sur les traumatismes antérieurs. Avec des données aussi restreintes, l'étiologie sera forcément incomplète.

L'âge où se développent ces tumeurs douloureuses varie entre 16 ans (Obs. de M. Vincent), et 65 ans (Obs. de M. X. Delore) avec maximum de 35 à 50. Elles ne sont donc pas l'apanage à peu près exclusif de la jeunesse comme les exostoses sous-unguéales dont on a voulu faire des exostoses de croissance.

Le sexe féminin semble un peu moins exposé à cette affection (6 cas sur 13).

Le siège est aussi fréquemment la main que le pied (6 cas sur 11, 2 observations ne mentionnent pas le siège) contrairement aux exostoses qui sont beau-

coup plus fréquentes au pied. Remarquons toutefois que, comme dans ces dernières, le gros orteil est le plus souvent atteint (4 fois sur 5); à la main, l'index est plus fréquemment le siège de ces tumeurs que les autres doigts (2 fois sur 6). Le siège de ces tumeurs s'explique, croyons-nous, par le traumatisme. Le gros orteil est particulièrement exposé aux contusions et aux pressions des chaussures, et l'index a un fonctionnement en quelque sorte continu.

Les causes occasionnelles auxquelles on peut rattacher l'apparition des tumeurs sont signalées dans 4 observations : il s'agit d'une écharde de bois ayant pénétré sous l'ongle 7 ans auparavant (Obs. de M. Delore), ou bien du port de chaussures étroites à leur extrémité, non pas dans le sens transversal, mais dans le sens vertical et comprimant le gros orteil (Obs. III). Dans l'observation de Gibroure, fibrome, il y a eu contusion du pied par une barre de fer qui détermine la chute de l'ongle dix ans avant l'apparition de la tumeur. Enfin, dans l'observation de Davillé, il y a eu, onze ans avant l'épithélioma, une ulcération sur le bord interne de l'ongle.

Rattacher la cause des tumeurs à ces traumatismes lointains serait peut-être conclure trop vite; mais, nous attirons particulièrement l'attention sur la nécessité d'une recherche minutieuse des conditions étiologiques qui permettraient peut-être d'élucider la pathogénie comparative des tumeurs sous-unguéales et des exostoses.

CHAPITRE III

Symptômes.

Les tumeurs sous-unguéales mettent un temps variable, souvent très long à prendre un développement capable de provoquer des douleurs vives ou une déformation.

Dans certains cas, les douleurs restent légères et fugaces pendant une longue période ; dans d'autres, elles arrivent rapidement à leur paroxysme.

Dans l'observation II, le malade a présenté quelques phénomènes inflammatoires, vingt ans auparavant, phénomènes légers et passagers et ce n'est que « peu à peu que l'ongle est devenu inégal, raboteux, incarné d'arrière en avant et enfin douloureux ».

Dans l'observation VI, la plaie sous-unguéale produite par une écharde de bois, est restée douloureuse à la pression seulement et ce n'est que depuis un ou deux ans que la tumeur soulève l'ongle ; les douleurs ne sont devenues véritablement atroces que quelques jours avant l'opération.

Dans l'observation VIII, le malade a commencé à souffrir depuis deux ans ; « les douleurs, légères et fugaces au début, sont devenues telles que le malade aurait volontiers sacrifié son doigt ».

Dans l'observation XII, c'est cinq ou six ans après le début de l'affection que les douleurs deviennent vives et spontanées, gênant considérablement les fonctions de la main.

Dans d'autres cas, les douleurs sont d'emblée plus vives et obligent le malade à demander une intervention rapide ; c'est en janvier 1899 que le malade de M. Poncet (obser. VII) ressent les premières douleurs légères d'ailleurs, et à la pression seulement, au niveau de la racine de l'ongle ; et déjà en avril, les douleurs sont devenues très vives, rendant la marche difficile.

Dans l'observation III, la douleur primitive s'atténue après quelques jours, pour reparaître en s'aggravant au bout d'une quinzaine de jours.

L'apparition de la tumeur (quand elle est visible) coïncide à peu près avec l'apparition des douleurs vives et se traduit, soit par l'incarnation de l'ongle (Obs. II), soit par son soulèvement (Obs. III, IV et VI), soit par son décollement (Obs. VIII), ou enfin par sa chute (Obs. V).

Quelquefois, les troubles objectifs ne sont nullement en rapport avec l'intensité des troubles fonctionnels. C'est ainsi que le malade se plaint d'une douleur intense au niveau de l'orteil ou du doigt et l'examen ne permet néanmoins de constater aucune lésion apparente, si ce n'est quelques troubles du

côté de l'ongle ; ce n'est qu'après que celui-ci a été enlevé (premier temps de l'opération) que l'on voit faire saillie sur le segment phalangezien, au niveau du derme sous-unguéal, une tumeur assez volumineuse eu égard aux dimensions restreintes de la région (Obs. I et VIII).

Une fois constituées, les tumeurs sous-unguéales se traduisent par des douleurs, des troubles nutritifs de l'ongle, sans lésions des parties molles, elles présentent aussi à étudier des caractères objectifs de forme, dimensions, etc.

Les douleurs sont très vives ; leur acuité est telle que certains malades feraient volontiers le sacrifice d'un doigt, même pour un simple soulagement ; elles existent spontanément et ne sont pas, le plus souvent, calmées par le repos au lit. Elles sont exagérées ou réveillées par la marche, les heurts quelconques, la pression de chaussures étroites, le poids des couvertures et la chaleur du lit ; quelquefois, les variations hygrométriques de l'atmosphère (Obs. I) et la simple station verticale (Obs. VII) les augmentent encore. Mais la pression sur la partie médiane ou sur les parties latérales de l'ongle, arrache des cris au malade et peut aller jusqu'à déterminer un état voisin de la syncope. Les douleurs sont quelquefois irradiées ; c'est le cas du malade de M. Jaboulay qui avait une véritable névrite du nerf cubital et celui de M. le professeur Poncet a quelquefois « des douleurs au niveau du genou et de la face postérieure de la cuisse sans pouvoir trouver, à la « pression, le point exact où siégeait la douleur ».

L'ongle est rarement intact. Sa direction est assez souvent déviée; le plus souvent, il est décollé ou soulevé, mais ce soulèvement ne va jamais jusqu'au renversement complet et il tombe rarement. Les troubles de la nutrition ne sont pas constants: ils n'existent que lorsqu'il y a envahissement de la matrice par la tumeur; c'est tantôt un changement de coloration, la teinte rosée et brillante disparaissant pour faire place à une teinte terne et bleutée (Obs. IX). Plus souvent encore, la surface externe perd sa régularité, devient inégale, raboteuse, sillonnée de larges rides dirigées dans le sens antéro-postérieur, suivant le grand axe de l'ongle (Obs. II, VI et VIII).

Les parties molles voisines, ne présentent jamais trace d'inflammation; elles ne sont pas le siège d'une formation de bourgeons charnus et de pus, comme dans les exostoses, lorsqu'elles sont compliquées (c'est la règle) d'un onyxis. En relisant les observations, on retrouve toujours, à ce sujet, les mêmes termes négatifs: « Pas de pus, pas d'ostéite, pas de « rougeur, pas d'ecchymose; les tissus au-dessous de « l'ongle, sont sains ». Il y a bien dans l'obs. IV, « quelques phénomènes inflammatoires, de la sup- « puration dans la rainure interne de l'ongle, avoisi- « nant une implantation latérale; mais cette inflam- « mation ne s'était développée que consécutivement « à la marche et aux manœuvres thérapeutiques, « auxquelles s'était livré le malade de son propre « mouvement ». Dans l'observation XII, la tumeur a un signe péri-unguéal et c'est ce qui explique, à notre avis, les phénomènes inflammatoires dans ce

cas. La rainure péri-unguéale est, en effet, la porte d'entrée d'infections multiples, entretenues encore — dans ce cas particulier, — par le port de chaussures malpropres.

Les caractères macroscopiques des tumeurs sous-unguéales, font partie, à la fois, du tableau symptomatique et de l'anatomie-pathologique. Nous les réservons pour le chapitre suivant.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

Les caractères macroscopiques des tumeurs sous-unguéales douloureuses sont assez variables.

Leur siège est le plus souvent le derme sous-unguéal et leur insertion se fait quelquefois par un pédicule, au voisinage de la matrice de l'ongle (Observ. IV et X) ; dans l'observation de M. Bérard, elle se prolonge même « en arrière de l'ongle, dans la profondeur de la phalangette ». Mais plus fréquemment, elle sont simplement couchées dans le derme qu'elles dépriment.

Aplaties dans le sens du grand axe de l'ongle (Observ. II, III et IV), elle ont souvent aussi une forme arrondie, globuleuse (Observations IX, XIII) ou piriforme à grosse extrémité dirigée en avant (Observ. X).

Leur volume est toujours petit et ne dépasse jamais celui d'une grosse verrue ; le plus souvent elles sont de la grosseur d'un petit pois.

Leur consistance est dure et comme cornée dans les cas de durillons, plus molle et comme charnue dans les autres cas. Dans l'observation de M. Bérard, c'est « un tissu grenu, ayant la consistance de gelée de pomme, amassé en une boule du volume d'un gros pois. »

Jamais elle ne présentent une partie très résistante, dure, de consistance osseuse, contrairement aux exostoses ; mais, elles présentent avec celles-ci un caractère commun : l'immobilité.

Dans 4 observations seulement, elles ont des connexions avec l'os. Dans l'observation VII, la tumeur est osseuse et, particularité intéressante, elle proémine du côté de la face plantaire de l'orteil en même temps que les tissus sous-unguéaux ont diminué d'épaisseur par pression. Dans l'observation VI, la tumeur adhère à l'os par un pédicule et dans le cas de M. Jaboulay, la tumeur s'est comme creusé une cupule osseuse, ayant détruit par son contact le tiers moyen de la phalangette. Cette disposition de l'onglette osseuse se retrouve dans l'observation de M. Bérard.

On peut donc dire que jamais la tumeur qui comprime le derme sous-unguéal n'est solidement fixée à l'os par une large base d'implantation. C'est dans le derme qu'elle débute, mais la compression continue entre deux plans résistants l'oblige à se creuser une dépression osseuse lorsque le soulèvement de l'angle n'est pas suffisant pour lui laisser place. L'évidement de l'os ne doit pas nous étonner ; il en est souvent ainsi et ce tissu dur est souvent

rongé par le contact de tumeurs plus molles.

Les tumeurs sous-unguéales ne sont pas toutes des tumeurs vraies au point de vue anatomo-pathologique, c'est-à-dire « une prolifération indéfinie et monstrueuse de cellules ayant leur type dans l'organisme. » Les unes sont des tumeurs inflammatoires, d'autres des tumeurs vraies. Nous n'entrerons pas dans les détails fournis par leur examen microscopique ; ce serait nous obliger à des redites et il nous suffira de relire les observations pour retrouver les caractères propres à chacune des variétés trouvées et pour les discuter au besoin. Signalons seulement les résultats :

- 3 durillons ;
- 1 papillome ;
- 1 fibrome ;
- 1 névrome ;
- 1 tumeur à myéloplaxes ;
- 4 épithéliomas ;
- 1 cas douteux de botryomycome ;
- 1 cas douteux de névrome ;

Dans l'observation VI, l'examen histologique n'a pas été fait, la pièce ayant été égarée, mais le siège de la tumeur aux extrémités — bien qu'on n'en ait pas signalé sous l'ongle — la porte d'entrée probable du botryomycoque par la pénétration d'une échiffe de bois sous l'ongle, le pédicule de la tumeur et les caractères macroscopiques de néoformation inflammatoire sont en faveur d'un botryomycome.

C'est aussi l'opinion de M. Delore qui nous a fourni l'observation. Ceci est peut-être à rapprocher du cas de botryomycome siégeant à la face dorsale de l'auriculaire droit, au voisinage de la sertissure unguéale, récemment publiée par M. Delore (1).

Dans l'observation de M. Jaboulay, les douleurs vives, irradiées suivant le trajet du cubital, la névrite ascendante de ce nerf au moment de la récurrence, justifient l'hypothèse de névrome. Il est vrai que dans l'observation de M. Bérard, il y a aussi des douleurs irradiées dans le membre supérieur et l'examen a démontré l'existence d'un épithélioma. Mais remarquons que ces douleurs sont moins limitées au trajet de distribution d'un nerf aboutissant au doigt, puisque « l'oreille et le côté droit du menton sont le siège de véritables secousses électriques ».

Ce chapitre d'anatomie pathologique est certainement incomplet ; il est probable que des examens plus fréquents de tumeurs sous-unguéales feraient trouver d'autres variétés, telles que sarcomes, angiomes, etc.

(1) DELORE. — *Gazette des Hôpitaux*, 12 juin 1900.

CHAPITRE V

Interprétation du phénomène douleur et de ses causes.

Pout expliquer les douleurs des tumeurs sous-unguéales, il faut, croyons-nous, baser la pathogénie sur des considérations cliniques et anatomiques.

L'interprétation serait simple, si les filets nerveux faisaient partie de la tumeur ou étaient en rapport direct avec elle ; mais ce cas est l'exception.

En analysant les caractères de la douleur dans les exostoses sous-unguéales, il faut remarquer d'abord que les exostoses des doigts sont indolores. Il y a bien une gêne dans le travail, une sensibilité plus vive au contact, mais cette douleur est due « au fonctionnement en quelque sorte continu des doigts, d'autant plus qu'elle siège le plus souvent au pouce et à l'index » (1).

Aux orteils, les douleurs du début sont assez vives,

(1) SPIRE. — Thèse de Lyon, 1898.

mais elles cessent « dès que la tumeur, qui siège le plus souvent sur le bord interne de la phalange, se libère de l'ongle qui la comprimait ; la marche redevient facile et l'orteil, indolore au repos, n'est guère sensible qu'à la pression ou après une fatigue exagérée » (1).

Les douleurs qui surviennent plus tard sont le fait de l'onyxis latéral qui vient compliquer fréquemment l'exostose.

C'est donc au siège sous-unguéal qu'il faut rattacher les douleurs ; les observations que nous n'avons pas citées, parce que les douleurs étaient nulles ou insignifiantes, se rapportent à des tumeurs à siège péri-unguéal. Un joli exemple est cité par Hervey (2) : il s'agissait d'un sarcome du gros orteil avec examen histologique fait par M. le professeur Renaut.

Les nerfs, très abondants, forment profondément dans le derme sous-unguéal des faisceaux volumineux et parallèles aux crêtes de Henle. Comprimés par la tumeur qui se développe entre deux plans résistants, la phalangette et l'ongle, ces filets nerveux sont la cause des douleurs provoquées par la marche ou la pression digitale.

Mais les douleurs spontanées sont sous la dépendance d'une turgescence ou d'une érectilité des vaisseaux dilatés et volumineux qui sont situés autour de la tumeur. « Des boucles vasculaires montent dans l'épaisseur des crêtes de Henle ; ces boucles sont

(1) MIRAMOND. — Thèse de Lyon, 1894.

(2) *Bulletin de la Société anatomique*, 1871.

« dirigées d'avant en arrière comme si elles vou-
« laient se coucher sous le lit unguéal dans le sens
« contraire aux pressions exercées sur le bout du
« doigt. Les réseaux planiformes d'où s'élèvent ces
« boucles, suivent les crêtes renfermées dans l'épais-
« seur des plis du derme ; mais ce qui est particu-
« lier, avant tout, dans la vascularisation du lit de
« l'ongle, c'est la configuration des traits anastomo-
« tiques qui relient le réseau superficiel aux vais-
« seaux de distribution. Ces traits se dirigent
« d'arrière en avant à la façon d'arcs de cercle ou
« de jets paraboliques superposés. Ces arcs postéro-
« antérieurs ont un trajet de plus en plus court à
« mesure qu'on se reporte d'avant en arrière, vers
« la racine de l'ongle, de façon que les pressions
« exercées sur l'extrémité antérieure de celui-ci,
« et dirigées de manière à l'incliner sur son lit, ané-
« mient, il est vrai, la portion antérieure de ce
« dernier, mais font refluer le sang dans les réseaux
« de la lunule et de la matrice (1) ».

Toutes les causes qui augmentent l'érectilité des vaisseaux, la station verticale, la chaleur, la pression sur l'extrémité antérieure de l'ongle, augmenteront le volume de la tumeur et exagéreront les douleurs, surtout si elle siège au voisinage de la matrice.

(1) RENAULT. — Traité d'histologie, t. II.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

« La phalange terminale des doigts, dit Miramond (1), a, du reste, une pathologie assez restreinte et l'on ne voit pas bien avec quelle autre affection l'exostose sous-unguéale pourrait être confondue. Autrefois, cependant, avant les travaux de Dupuytren, la plupart des chirurgiens ne la distinguaient pas de l'ongle incarné. L'exostose sous-unguéale n'avait pas encore été décrite ».

Nous avons aussi la conviction qu'on a souvent pris pour des exostoses des tumeurs sous-unguéales douloureuses et le diagnostic doit être fait minutieusement. Il doit être basé sur trois facteurs principaux :

- 1^o Les douleurs ;
- 2^o Les caractères objectifs de la tumeur ;
- 3^o L'état des parties voisines.

(1) Thèse de Lyon 1894.

Les douleurs sont spontanées et exaspérées par la pression. Leur spontanéité les distingue des exostoses dans lesquelles les douleurs du début sont surtout dues à la pression des chaussures et à la marche. Nous avons vu, en effet, que les exostoses des doigts ne sont pas douloureuses (Thèse de Spire, Lyon, 1899).

Le siège de la tumeur qui est sous-unguéal (ce qui explique que la tumeur passe souvent inaperçue malgré l'intensité des troubles fonctionnels), sa consistance moins dure, moins osseuse, l'absence d'une large base d'implantation sur la phalangette, sont des caractères suffisants pour les distinguer des exostoses.

Enfin, l'absence de lésions des tissus voisins (bourgeons fongueux, pus, corps étrangers) complètera le diagnostic en éliminant ainsi la dermite sous-unguéale décrite par M. Le Dentu, l'ostéite à forme névralgique, les onyxis et périnoyxis divers, l'ongle incarné.

Le diagnostic de la variété de tumeur, au point de vue anatomo-pathologique, sera souvent impossible sans l'examen histologique. Pourtant, la présence de couches cornées pluristratifiées au-dessous de l'ongle fera penser à un durillon simple ; les douleurs intolérables et irradiées suivant le trajet d'un nerf sont en faveur d'une névrose ; les récides rapides sont plutôt le fait d'une tumeur très maligne, de l'épithélioma.

CHAPITRE VII

Evolution. — Pronostic.

Après avoir mis un temps, souvent très long, pour déterminer une gêne fonctionnelle véritable ou une déformation, ainsi que nous l'avons vu dans la symptomatologie, les tumeurs sous-unguéales arrivent rapidement à leur paroxysme douloureux et le malade est obligé de demander au chirurgien l'intervention qui le soulagera.

Mais, la récurrence est fréquente, presque de règle, excepté pour les durillons qui guérissent très bien par une première intervention (Observation I et II). La couche épidermique s'est reformée plusieurs fois, il est vrai, dans l'observation III, nécessitant plusieurs avulsions; « peu à peu, cependant, la reproduction se fit moins abondante, moins rapide, mais » la guérison ne fut complète qu'au bout de six à sept mois ». Dans l'observation IV, récurrence en six mois; pourtant, le papillome n'est pas, en général, une tumeur maligne. Les douleurs reviennent plus

vives encore qu'avant la première intervention, un an après celle-ci dans l'observation IX.

Les deux récurrences d'épithéliomas (XI et XII), sont survenues aussi un an après l'opération.

Les observations où la récurrence n'a pas eu lieu semblent se rapporter à des cas où le malade n'a pas été revu après un temps suffisamment éloigné de l'intervention (Observations V, VI, X et XIII), ou à des cas dans lesquels l'opération a été, d'emblée, radicale : désarticulation métatarso-phalangienne dans l'observation VII; dans l'observation VIII, l'examen histologique a montré que la tumeur avait été enlevée entièrement.

Le pronostic, on le voit, doit être réservé, sinon au point de vue vital — car les tumeurs sous-unguénales ne se généralisent pas, mais récidivent sur place — du moins au point de vue du fonctionnement ultérieur du doigt ou de l'orteil atteint; la désarticulation phalangienne est souvent nécessaire pour calmer les douleurs qui reviennent plus vives encore.

En résumé, développement lent, mais continu; douleurs arrivant à leur paroxysme rapidement et obligeant le malade à réclamer une opération, récurrence fréquente, telle est l'évolution de cette affection bénigne, en somme, mais très incommode.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Le traitement des tumeurs sous-unguéales douloureuses est entièrement chirurgical. Rapidement, d'ailleurs, le malade vient demander un soulagement à ses douleurs vives. On peut le résumer de la façon suivante :

1^{er} temps. — Opération de l'ongle incarné, par l'arrachement total ou partiel, suivant que la tumeur est plus ou moins volumineuse et occupe une surface plus ou moins large du derme sous-unguéal.

Si l'arrachement est total, on le fera à la spatule ou à la pince d'arrière en avant, après fente médiane.

Si l'arrachement est partiel, on emploiera le procédé de Follin, de Gosselin ou celui, plus expéditif, de Baudens.

A notre avis, la partie correspondante de la matrice devra toujours être détruite; de cette façon, si la récurrence a lieu, les douleurs seront moins vives, la

tumeur n'étant plus comprimée entre deux plans résistants.

2^e temps. — Ablation de la tumeur au bistouri.

3^e temps. — Grattage profond du derme sous-unguéal et curettage profond de l'os si la tumeur se prolonge de ce côté par un pédicule (Obs. VI) ou s'est creusée une loge dans la phalange (Obs. IX et XIII). On devra s'attacher à extirper la tumeur entièrement et même en dépasser les limites pour éviter la récurrence.

Un pansement antiseptique à plat complètera l'opération qui n'offre aucune gravité et dont les suites sont des plus simples ; l'intervention pourra se faire sous anesthésie locale dans quelques cas ; plus souvent, elle nécessitera une anesthésie générale.

Si la récurrence a lieu, on fera l'amputation ou la résection de la phalange en conservant, dans le premier cas, la pulpe de l'orteil ou du doigt comme lambeau protecteur de la plaie ainsi qu'il a été fait dans l'observation XII. Il serait intéressant de savoir si cette opération radicale, faite d'emblée, ne mettrait pas à l'abri d'une récurrence ; des observations nouvelles sont nécessaires pour trancher cette question.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(THIERY. — *Bulletin de la Société anatomique* Paris, 1888.)

DURILLON SOUS-UNGUÉAL

Le malade, âgé de 14 ans, est entré à l'hôpital de la Pitié en 1887, dans le service de M. Polaillon, salle Broca n° 31.

Lorsque nous l'examinons pour la première fois nous sommes très étonné de trouver une douleur paraissant siéger sous l'ongle et au niveau de sa partie médiane, douleur des plus vives, réveillée par la marche, le toucher, le poids seul des couvertures, et sujette à des modifications notables, suivant les influences thermiques de la température. D'ailleurs aucune lésion des parties molles rétro ou para-unguéales, pas de dactylite, pas d'ostéite de la phalangette. L'ongle n'est nullement déformé : le malade ne présente pas de varices.

Nous éloignons le diagnostic d'ongle incarné et le malade est renvoyé chez lui après prescription de bains et de repos. Au bout de quelques jours aucune modification ; la douleur a diminué par le repos, mais la station verticale, le port de chaussures la réveille aussi vive et aiguë qu'auparavant. Elle est telle que le malade réclame l'opération.

A ce moment nous n'étions point fixé sur la nature de la lésion ; cependant, en présence de ces accidents douloureux, de la gêne de la marche et des instances du malade, nous pratiquons l'opération de l'ongle incarné le 29 août 1887. L'opération fut faite d'après ce procédé qui consiste à extirper l'ongle en totalité et à faire suivre cette extirpation de l'incision de la matrice au bistouri et du grattage profond du derme sous-unguéal soit à la rugine soit à la curette tranchante, mais, dans ce cas particulier, cette dernière partie de l'opération fut particulièrement laborieuse à cause d'une saillie volumineuse et fort résistante du derme qu'il fallut abraser en totalité.

Quelques pansements furent faits et le malade sortit, le 30 août, absolument guéri.

Il revient le 27 mars 1888 ; pas de récurrence locale du côté opéré ; l'état est parfait, l'ongle n'a pas reparu, marche facile, pas de douleurs.

Examen histologique. — L'examen histologique, pratiqué dans le laboratoire de M. Le Fort, a montré clairement que la lésion observée était bien un durillon sous-unguéal, une hypertrophie papilleuse et épidermique correspondant bien à un véritable cor.

OBSERVATION II

(THIERY. — *Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1888.)

DURILLON SOUS-UNGUÉAL

M..., Alfred, 36 ans, serrurier, entre, le 6 février 1888, à l'hôpital Necker, salle St-Pierre, n° 4, dans le service de M. le professeur Le Fort.

Le début de l'affection remonte à l'âge de 16 ans. Il y a eu, à ce moment, et localement, quelque phénomènes inflam-

matoires légers et passagers. Peu à peu l'ongle devient inégal, raboteux, incarné d'arrière en avant, la marche est très pénible.

Le malade ne présente pas de varices. Aucune lésion inflammatoire des parties molles de la phalange, pas de fongosités para-unguéales, toute idée de périonyxis et d'onyxis latéral doit être écartée.

Comme signes fonctionnels, douleur vive au toucher, pendant la marche, le poids d'une couverture est insupportable; la chaleur du lit l'exagère encore, alors même que le malade est au repos.

M. Le Fort diagnostique la présence d'un durillon sous-unguéal.

L'opération est pratiquée le 10 février 1888. Arrachement de l'ongle à la spatule d'arrière en avant. Une particularité est à signaler : l'épiderme des replis latéraux des parties molles est tout particulièrement adhérent à l'ongle, et il faut employer les ciseaux pour le détacher.

L'ongle arraché, le derme sous-unguéal se présente alors et le diagnostic est entièrement confirmé.

Il existe, en effet, au-dessous de l'ongle arraché, une saillie du derme, du volume d'une grosse verrue fortement saillante et qui devait être comprimée entre la phalange et la face profonde de l'ongle. M. Le Fort l'abrase à la curette en creusant le derme à ce niveau. Le malade sort guéri le 20 février; il marche bien, ne souffre plus et est envoyé à Vincennes.

Examen histologique. — Sur des coupes faites, perpendiculaires à la surface de la tumeur, l'examen histologique a présenté des papilles dermiques volumineuses, mais principalement un épaissement considérable des couches épithéliales, formant la gaine de ces papilles, aspect qu'il est intéressant, de rapprocher de l'aspect du derme normal du lit de

l'ongle où le revêtement épithélial est peu volumineux et les papilles uniformément distribuées et élevées, de volume médiocre.

OBSERVATION III

(Thèse de Lebouc, Paris 1888-89).

DURILLON SOUS-UNGUÉAL DOULOUREUX.

En 1882, entre dans le service de M. le professeur Le Fort, un homme d'une cinquantaine d'années d'une excellente santé, n'ayant jamais présenté aucune lésion du pied.

Après avoir porté une paire de bottes un peu trop étroites à leur extrémité, non pas dans le sens transversal, mais dans le sens vertical, de telle sorte que les deux orteils étaient comprimés par l'empêgne, il éprouva, à la fin de la journée, une douleur très vive dans la région unguéale des deux premiers orteils des deux pieds, douleur analogue à celle qu'aurait fait éprouver une contusion par pression énergique accidentelle. La douleur persista toute la soirée, mais il y avait lieu de croire que la nuit la ferait définitivement disparaître. Il n'en fut rien.

Si la douleur avait, le lendemain, disparu du gros orteil gauche, elle persista à l'orteil droit, malgré le port de chaussures larges, depuis longtemps brisées et ayant la forme du pied.

La marche était tellement douloureuse qu'elle était difficile et qu'elle ne devint relativement facile qu'en portant des chaussures très larges à leur extrémité dans le sens vertical et n'exerçant aucune pression sur l'orteil.

On ne pouvait, à l'inspection la plus minutieuse, trouver trace de rougeur ni d'ecchymose, la pression exercée au niveau de la base de l'ongle, n'était que peu ou pas douloureuse mais sur la partie moyenne ou le bord libre elle réveillait une douleur vive.

La douleur primitive s'atténua au bout de quelques jours, pour reparaître en s'aggravant après une quinzaine de jours. En examinant alors le pied du malade, on constata que l'ongle était un peu soulevé par un amas de cellules épidermiques sous-jacentes à l'ongle et formant en quelque sorte un ongle rudimentaire placé sous l'ongle normal. M. Le Fort essaya de détacher cette sorte de membrane et, par le grattage put en dissocier et en retirer une bonne partie, qui se prolongeait jusqu'au niveau du tiers antérieur de l'ongle.

A partir de ce moment, la marche redevint facile, mais, après quinze jours ou trois semaines, les inconvénients reparurent avec la reproduction de la couche épidermique. Nouvelle avulsion, nouvelle amélioration, nouvelle reproduction malgré l'emploi de cataplasmes appliqués pendant la nuit. Peu à peu, cependant, la reproduction se fit moins abondante, moins rapide, mais la guérison ne fut complète qu'au bout de six à sept mois.

Examen histologique. — L'examen a donné les résultats suivants : à la partie superficielle du derme enlevé, on trouve les cellules cornées de l'épiderme en couches assez épaisses, puis le corps muqueux de Malpighi, dont les cellules, nettement dessinées, sont plus abondantes qu'à l'état normal. Elles forment des sortes de pointes qui s'enfoncent dans le derme. Au-dessous de cette couche se trouve le derme, coloré en rose par le picro-carmin. Il est normal. Si on veut faire la part respective de ces deux couches, on peut dire que l'épiderme forme un tiers de l'épaisseur et le derme les deux autres tiers. La structure est donc absolument celle qu'on assigne aux durillons en général.

OBSERVATION IV

M. GÉRARD-MARCHAND, *Bulletin de la Société anatomique*, 1888.

PAPILLOME SOUS-UNGUÉAL DOULOUREUX

Un homme de profession sédentaire, magistrat, âgé de 50 ans, portait, depuis environ quinze mois, en dessous de l'ongle du gros orteil droit, une petite tumeur; celle-ci, très douloureuse, avait fini par soulever l'ongle et rendre la marche sinon impossible, du moins très difficile. Le professeur Gosselin, consulté, conseille l'éradication de la petite tumeur, après ablation de l'ongle.

L'ongle enlevé, il fut alors facile de bien voir la dimension, les limites, le point d'implantation de la tumeur. Celle-ci avait la dimension d'un pois moyen, mais, au lieu d'être arrondie, elle était allongée, aplatie dans le sens du grand axe de l'ongle, d'une couleur violacée, dure et comme cornée; elle s'insérait par un pédicule au voisinage et en avant de la matrice de l'ongle. Tout autour d'elle, elle avait provoqué quelques phénomènes inflammatoires, de la suppuration dans la rainure interne de l'ongle, avoisinant une implantation latérale, mais cette inflammation ne s'était développée que consécutivement à la marche et aux manœuvres thérapeutiques auxquelles s'était livré le malade, de son propre mouvement. L'éradication faite, d'après les procédés décrits, fut relativement facile.

La tumeur examinée histologiquement dans le laboratoire de la Faculté de Médecine, a démontré, à n'en pas douter, que cette tumeur n'était autre chose qu'un petit papillome.

Nous aurions bien voulu reproduire en entier le compte rendu de cet examen, mais, à notre grand regret, cela ne nous a pas été possible.

La tumeur récidiva au bout de six mois, mais cette fois une intervention plus large et plus radicale, *car elle nécessita l'amputation de la première phalange*, guérit radicalement le malade.

OBSERVATION V (Résumée)

(Thèse de LEBouc, Paris 1838-1889).

FIBROME SOUS-UNGUÉAL

Le nommé A. B..., âgé de 42 ans, relieur, est entré à l'hôpital de la Pitié le 25 juin 1889, salle Michon, n° 49.

Les antécédents héréditaires sont nuls.

Comme antécédents personnels, un ongle incarné au gros orteil droit, ongle opéré il y a 10 ans.

En 1879 (le malade ne peut préciser exactement l'époque), il eut sur le dos du pied gauche une contusion violente produite par la chute d'une barre de fer.

A la suite du traumatisme, l'ongle du gros orteil gauche tomba et, au bout de trois semaines, était remplacé par un ongle nouveau, bombé à sa partie centrale.

Il y a environ quinze jours, vers le 10 juin, la moitié antérieure de cet ongle vint à tomber et la partie mise à nu devenait le siège d'une petite tumeur ulcérée qui suppurait abondamment.

Le malade marchait péniblement, en s'appuyant surtout sur le talon. La pression exercée par la chaussure était douloureuse; il en était de même de la pression digitale; mais les douleurs existaient aussi spontanément, incomplètement calmées par le repos.

Actuellement, la portion de l'ongle restée en place est presque complètement déchaussée et tient à peine. C'est cette partie que l'on a enlevée le 3 juin.

L'opération a été celle de l'ongle incarné : enlèvement de la moitié restante de l'ongle, abrasion de la matrice de l'ongle et de la petite tumeur ulcérée. Le pansement à l'iodoforme fut fait et il est changé tous les trois jours. Les suites de l'opération ont été des plus simples. Le malade n'a pas eu un seul instant de fièvre. En ce moment la plaie suppure encore, mais peu abondamment, les douleurs à la marche n'existent plus.

L'examen de la petite tumeur enlevée, pratiqué dans le laboratoire de M. le professeur Verneuil, par M. le docteur Clado, a donné les résultats suivants :

La tumeur, durcie dans l'alcool et colorée par le picro-carmin, est coupée suivant son grand axe verticalement et d'avant en arrière. A un faible grossissement on reconnaît :

1^o Le lit de l'ongle avec ses papilles effilées, légèrement irritées par place, au niveau desquelles on aperçoit une légère prolifération épithéliale, mais le stroma de la tumeur n'en est nullement pénétré.

2^o Au niveau de l'ulcération, il existe une couche d'éléments embryonnaires mesurant environ un millimètre d'épaisseur. Sous le lit de l'ongle la tumeur apparaît, mesurant à peu près une hauteur égale sur tous les points.

Il s'agit d'un fibrome plexiforme, lobulé par places, constitué par de grosses bandes de tissu fibreux, entremêlées d'éléments embryonnaires et de cellules fusiformes. Les vaisseaux, fort rares d'ailleurs, que l'on rencontre dans la tumeur, offrent des parois extrêmement épaisses.

OBSERVATION VI (Inédite.)

(Due à l'obligeance de X. DELORE.)

TUMEUR SOUS-UNGUÉALE DOULOUREUSE

Il s'agit d'un malade de 65 ans environ, qui jouissait d'une bonne santé habituelle.

Il y a 7 ans, une échiffe de bois pénétra sous l'ongle du médius gauche. Elle fut aussitôt retirée par un médecin, qui fut obligé, dans ce but, d'enlever une partie de l'ongle qui la recouvrait.

Malgré cette extirpation, la plaie sous-unguéale est toujours restée douloureuse à la pression. Depuis un à deux ans en ce point s'est développée une petite tumeur sous-unguéale qui soulève l'ongle; elle s'accompagne de troubles trophiques cornés, couches unguéales irrégulières, pluristratifiées, etc.

Le moindre attouchement de l'ongle détermine des douleurs véritablement atroces.

Le 30 janvier 1900, après anesthésie locale, M. X. Delore enlève l'ongle. Un peu en dehors de la ligne médiane, dans le derme sous-unguéal, on voit une masse rosée du volume d'un pois, comme enchâssée dans une cupule dermique. La traction sur cette tumeur charnue démontre qu'elle est adhérente à l'os par un pédicule.

Dans le voisinage, on ne remarque ni trace de corps étranger, ni trace de pus ou d'ostéite.

Grattage à la curette du point d'implantation osseux. Pansement à plat.

La tumeur n'a pu être examinée histologiquement, parce qu'elle a été égarée.

Le malade a été revu, complètement guéri, le 7 juin 1900.

OBSERVATION VII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur PONCET).

TUMEUR à MYÉLOPLAXES DU 4^e ORTEIL GAUCHE.

M. Q. T..., 20 ans, né à Chambéry.

Le début remonte au mois de février 1899 ; le malade s'aperçut alors que le quatrième orteil gauche était un peu plus gros qu'il n'aurait dû l'être. Il n'était pas douloureux à la pression, si ce n'est sur la face dorsale, au niveau de la racine de l'ongle, très légèrement d'ailleurs. Il ne différait pas, comme couleur, des orteils voisins. Le malade ressentait quelquefois, en se levant, une douleur vague, mais bientôt — soit occupation, soit mouvement — elle disparaissait complètement. Au mois d'avril le port de chaussures étroites, détermine des douleurs plus vives, qui disparaissent quand le malade pouvait se déchausser, l'orteil continuait à grossir et, malgré le port de chaussures légères et larges, la moindre pression déterminait des douleurs très vives ; ces douleurs s'accroissaient la nuit, une fois le premier sommeil passé ; toutefois il suffisait de mettre le pied hors du lit pour obtenir un soulagement et pouvoir dormir. La marche était devenue très difficile et un médecin, consulté au mois de juillet, ordonna de badigeonner l'orteil avec de la téniture d'iode ; devant l'inefficacité de ce traitement, il conseilla des frictions à la pommade iodurée et émit l'hypothèse d'une exostose. Il n'y eut pas d'amélioration et l'orteil continua lentement à grossir.

Quelques jours avant son entrée au régiment, en novembre 1899, le malade ressent, pour la première fois, une douleur irradiée au bas de la fesse. Cette douleur revint irrégulièrement pendant quelque temps, presque toujours la nuit ; l'endroit douloureux n'était pas toujours le même ; c'était quelquefois l'articulation du genou, quelquefois la face posté-

rieure de la cuisse. Le malade n'a jamais pu trouver, à la pression, avec le doigt, le point précis où siègeait la douleur.

Les douleurs s'atténuent au régiment avec le port de chaussures larges à très fortes semelles ; il y avait bien encore de la gêne pendant la première demi-heure d'exercice, mais, après avoir sué, le malade ne ressentait plus rien.

Envoyé à l'hôpital militaire où il fut radiographié (on n'a pas retrouvé la radiographie), on lui fit la section des collatéraux ; les douleurs persistèrent surtout vives lorsque le malade donnait à la jambe la position verticale, sans même mettre le pied à terre. La douleur disparaissait par la position horizontale, et lorsque le malade chauffait l'orteil ; elle n'était pas soulagée par la quinine ou l'antipyrine. Pendant ces moments douloureux, la pression en un point quelconque de l'orteil augmentait la douleur ; mais, pendant les moments d'acalmie, la phalange seule était douloureuse à la pression. Le malade a remarqué souvent une légère transsudation de l'orteil et de la plante du pied.

L'examen, fait par M. le professeur Poncet, le 14 mars 1900, donne les caractères suivants : l'orteil est renflé en massue ; pas de déformation de l'ongle ; pas de changement de coloration de la peau ; on dirait, à première vue, un spina ventosa. Les lésions occupent exclusivement la phalange. La douleur est très vive à la plus légère pression sur l'ongle et sur la face plantaire de l'orteil : on croirait volontiers à un névrome. On remarque une double cicatrice sur la face dorsale au niveau de l'interligne métatarso-phalangien, témoignant de l'opération antérieure (section des collatéraux).

Le 15 mars, sous anesthésie, M. Poncet fait la désarticulation métatarso-phalangienne. Pansement à plat. Suites très simples. Le malade a été revu guéri le 15 juin 1900.

Examen anatomique. — A la coupe avec un scalpel, on sent que la tumeur est formée aux dépens de la phalange ; elle proémine du côté de la face plan-

taire, mais les tissus unguéaux semblent avoir diminué d'épaisseur par pression; de la grosseur d'un petit pois, sa coloration est rouge violacé, ayant l'aspect d'une tumeur myéloïde. L'examen histologique, fait par M. Dor, a montré l'existence de nombreux myélopaxes avec des noyaux multiples.

OBSERVATION VIII

CHANDELUX. — *Archives de Physiologie*, 1882.

NÉVROME CORPUSCULAIRE SOUS-UNGUÉAL DOULOUREUX.

Malade âgée de 16 ans. Entre dans le service de M. Ollier, au moment d'un concours pour une place de chirurgien-major de la Charité. Elle fut choisie par le jury pour servir à l'une des épreuves cliniques. Voici les principaux détails et les particularités les plus importantes.

Le malade avait commencé à souffrir depuis deux ans. Les douleurs, qui avaient leur point de départ exclusif dans la phalangette de l'annulaire gauche, avaient, au début, été légères et fugaces; puis, peu à peu, leur violence était devenue telle que la malade ne pouvait dormir et aurait volontiers sacrifié son doigt tout entier, même pour obtenir un simple soulagement. Ces douleurs presque continues, avec exacerbations vives à certains moments, étaient vivement accrues par les moindres pressions; il suffisait de comprimer les parties latérales de la phalangette pour arracher des cris à la malade.

L'ongle qui recouvre la région douloureuse est décollé jusqu'à sa racine dans sa moitié externe. Au-dessous de lui, les téguments paraissent sains; jamais il n'y a eu issue de liquide purulent. Sa forme est altérée, il est aminci, incurvé vers la pulpe digitale, mais n'offre ni lamellation, ni fendillement. La pulpe sous-jacente présente une peau amincie,

d'aspect vernissé. On y constate une injection capillaire très évidente, tandis que l'ongle continue à présenter sa coloration normale. Jamais il n'y a eu blessure de cette phalange; aucun corps étranger n'a pu pénétrer sous l'ongle; la maladie est survenue spontanément. La malade, d'ailleurs, ne présente aucun antécédent scrofuleux ou syphilitique.

La phalange n'est nullement augmentée de volume. Lorsqu'on l'explore, on fait naître une douleur vive dès qu'on comprime les téguments avoisinant la partie externe décollée de l'ongle et la moitié externe du revêtement unguéal. La palpation ne permet point de sentir nettement une tumeur; cependant on peut, par des pressions douces, arriver à établir que les tissus sous-unguéaux offrent une inégalité de consistance; la portion de ces tissus, qui est rapprochée de la matrice de l'ongle, paraît plus indurée que la portion située plus près de l'extrémité du doigt.

L'impossibilité d'expliquer les douleurs par une ostéite à forme névralgique de la phalange ou par un corps étranger implanté dans les tissus amena M. Vincent à porter le diagnostic de névrosme microscopique. M. le professeur Ollier n'avait pas hésité, dès le premier jour de l'entrée de la malade dans son service, à porter le diagnostic de névrome microscopique et à dire qu'il suffirait d'enlever une partie de l'ongle et des tissus de la région pour que la guérison s'en suivît.

L'intervention chirurgicale eut lieu le lendemain même du jour où la malade avait été examinée par les candidats. Elle consista dans l'ablation de la zone douloureuse après anesthésie. La moitié externe de l'ongle fut enlevée d'abord, puis on reconnut alors une légère saillie vers la partie du derme sous-unguéal voisine de l'ongle. Presque toute l'épaisseur du derme sous-unguéal fut tour à tour enlevée au bistouri dans la région correspondant à la moitié excisée de l'ongle. Un pansement fut appliqué et la malade, aussitôt après son réveil, n'accusa plus aucune douleur, même sous l'influence de pressions, dans la région qui venait d'être opérée. La guérison s'est maintenue.

Le derme sous-unguéal ayant été divisé longitudinalement, on reconnut dans son épaisseur, en arrière, une petite tumeur du volume d'une lentille.

La pièce fut remise à M. Chandelux. Une moitié fut traitée par les réactifs durcissants, la seconde moitié par le chlorure d'or.

La portion durcie a servi à faire des coupes qui, colorées au picro-carmin et montées dans la glycérine, ont montré que la petite tumeur reconnue à l'œil nu, était formée par du tissu conjonctif déjà adulte dans presque tous les points, offrant dans d'autres l'aspect du tissu connectif jeune. Cet examen ne donna pas d'autres résultats. Il servit donc seulement à montrer que la petite tumeur était de nature conjonctive. De plus, il permettait encore de reconnaître que le tissu conjonctif présentait une vascularisation capillaire assez développée et que, de plus, il possédait de distance en distance de petits îlots adipeux.

La portion de la tumeur traitée par le chlorure d'or a été dissociée par dilacération, et les lambeaux ainsi obtenus ont été étalés sur la lame de verre et montés dans la glycérine salée. Sur l'une des préparations on reconnaît de suite, même avec un grossissement très faible, un corps ovoïde, assez volumineux, plongé au sein du tissu adipeux. Ce corps représente un corpuscule de Pacini, dont il était facile, à l'aide d'un grossissement plus fort, de distinguer les différentes couches concentriques emboîtées. Par un pédicule, il reçoit un filament nerveux, qui pénètre dans son intérieur, et est, en outre, abordé par un vaisseau sanguin qui se ramifie à sa surface. D'autres vaisseaux viennent également l'atteindre par son sommet, et se distribuer sur sa face interne.

A peu de distance du corpuscule, on aperçoit des nerfs à myéline, formant des troncs plus ou moins volumineux qui se branchent et s'envoient les uns aux autres des anastomoses transversales. Au point où le nerf le plus volumineux a été déchiré par la pince, les différents tubes nerveux qui le constituent se sont écartés les uns des autres; ils ont pris une

disposition pénicillée. Ces tubes n'ont pas tous le même diamètre. Quelques-uns sont larges comme ceux que l'on rencontre dans les gros troncs nerveux des membres. Mais un très grand nombre sont extrêmement minces; ils ont des dimensions quatre ou six fois plus faibles que celles des précédents. Enfin, des tubes larges offrent de distance en distance des segments intercalaires grêles, semblables à ceux qui ont été décrits par M. le professeur Renaut dans les nerfs collatéraux des doigts des solipèdes. Eu égard au nombre si considérable de tubes minces et à la multiplicité des segments courts intercalaires, il est rationnel de penser qu'il y a eu production sur place de nouveaux tubes myéliniques. Ces tubes se sont mélangés aux anciens et ont participé à la constitution du réseau nerveux emprisonné au sein de la petite tumeur. Sur tous les tubes nerveux, minces ou larges, on aperçoit les étranglements annulaires. La myéline était peu altérée, à peine granuleuse, fait facile à comprendre, car la pièce a été soumise à l'action des réactifs presque immédiatement après son ablation.

Des pelotons de vésicules adipeuses entourent le corpuscule de Pacini et les éléments nerveux. Au sein de cette masse grasseuse viennent de distribuer des vaisseaux sanguins, parmi lesquels on distingue des artérioles, des veinules ainsi que les capillaires intermédiaires. Ce réseau reproduit dans son ensemble la disposition des réseaux limbiformes du tissu adipeux sous-cutané, c'est-à-dire qu'il offre des branches principales ou maîtresses, formées par des artérioles, branches auxquelles est appendu à leur extrémité un petit bouquet ou peloton vasculaire, presque indépendant des bouquets voisins avec lesquels il ne communique que par de rares anastomoses.

Le réseau capillaire, assez développé, ne présente point de dilatations ou d'ampoules sur les vaisseaux qui entrent dans sa composition. Partout le calibre des canaux vasculaires est régulier. Il y a donc, par ce fait, une première différence entre ce réseau et ceux décrits. D'un autre côté, la

vascularisation se rencontre dans toutes les portions de la tumeur occupées par des îlots adipeux ; il n'y a plus là une couche de vaisseaux surajoutés au noyau pathologique, ou bien formant au-dessous de lui une couche vasculaire. En un mot, la tumeur même est pénétrée par les canalicules sanguins ; ils forment dans son intérieur autant d'amas ou de groupes vasculaires qu'il y a de pelotons adipeux.

OBSERVATION IX (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. JABOULAY.)

NÉVROME SOUS-UNGUÉAL DE L'AURICULAIRE GAUCHE

Il s'agit d'une femme de 35 ans environ, se plaignant de douleurs vives au niveau de l'extrémité de l'auriculaire gauche, en août 1895. Aucun traumatisme antérieur ne peut expliquer ces douleurs vives et spontanées.

A l'examen, l'ongle est inégal, rugueux, présente des stries dirigées dans le sens antéro-postérieur, suivant l'axe du doigt ; il y a à peine un peu de rougeur vers la matrice, sur le bord interne ; on ne sent pas nettement une tumeur ; pas d'augmentation de la phalange. La pression exercée sur l'extrémité et les parties latérales de l'ongle détermine une douleur tout le long du nerf cubital : la malade montre son trajet au milieu des tissus.

L'opération consiste dans l'ablation de la portion interne de l'ongle et de la matrice correspondante ; on aperçoit alors dans le derme sous-unguéal, une masse de consistance charnue logée en partie dans une cupule osseuse creusée aux dépens du tiers moyen de la phalange.

On enlève cette tumeur ; les douleurs cessent et la malade part guérie.

Elle revient 2 ans après, vers la même époque ; les douleurs ont récidivé et il y a une véritable névrite ascendante

du cubital. M. Jaboulay pratique alors la résection de l'extrémité de la phalangette qui présente, cette fois, quelques fongosités.

OBSERVATION X

(Communiquée par le Dr Peyrot, in Thèse LEBouc, Paris 1888-1889)

EPITHELIOMA SOUS-UNGUÉAL DOULOUREUX

J'ai opéré, dit-il, en juin 1888, une dame de 48 ans, d'une petite tumeur sous-unguéale qui déterminait chez elle les plus vives douleurs et que je considérais comme un fibrome douloureux sous-unguéal.

La tumeur siégeait sur l'index de la main droite. Elle ne se révélait à la vue, à travers la transparence de l'ongle, que par un aspect légèrement bleuté et sur un point très limité. La moindre pression sur ce point précis était intolérable. La moitié de l'ongle correspondant ayant été enlevée, je trouvais, couchée dans le derme sous-unguéal et dans lequel elle s'était creusée un lit, une petite masse piriforme longue de un à trois millimètres, large de un millimètre à sa grosse extrémité. Celle-ci, libre, était terminée en avant; la paroi mince, véritable pédicule de la tumeur, était dirigée en arrière et s'insérait sur le derme unguéal vers l'extrême limite de la matrice de l'ongle.

La tumeur, relevée, fut sectionnée à son point d'insertion avec la pointe du bistouri. Après son ablation, la surface osseuse de la phalangette était presque à nu, tellement les parties molles sous-unguéales avaient été comprimées et refoulées.

La guérison, sous le pansement antiseptique, s'obtint rapidement.

Aujourd'hui, un an après l'opération, la malade est en parfaite santé, la tumeur n'a pas récidivé. Pourtant, l'examen histologique pratiqué au laboratoire de M. le professeur

Cornil a décélé des caractères que nous n'avions pas soupçonnés dans cette petite tumeur.

Examen histologique. — La tumeur enlevée offre la grosseur d'un pois de moyenne dimension et paraît assez nettement limitée du côté de la périphérie de l'ongle. Cette tumeur a un point d'implantation assez large.

A la coupe, faite perpendiculairement au point d'implantation, après durcissement dans l'alcool et coloration par le picro-carmin, on trouve :

1^o A la périphérie, une couche peu épaisse de tissu conjonctif dense, entremêlée de quelques petits vaisseaux. L'aspect normal de la matrice de l'ongle fait complètement défaut.

2^o Le centre de la tumeur est formé par une trame conjonctive dense qui, après examen attentif, ne paraît pas se continuer avec la couche périphérique.

Cette trame conjonctive limite des cavités disposées en forme de tubes plus moins larges et irréguliers. Ces tubes sont remplis de cellules fortement colorées par le picro-carmin et, si l'on a recours à un plus fort grossissement, l'on reconnaît facilement que l'on est en présence d'éléments de nature épithéliale.

Du côté du point d'implantation et à son niveau, on retrouve, d'une façon identique, les caractères du néoplasme, de sorte qu'il est permis de supposer, et que même il est probable que l'ablation n'a pas été totale. Il est, néanmoins, un caractère qui pourrait faire abandonner cette idée, c'est qu'à cette même

époque, un an après l'opération, la tumeur n'a pas récidivé.

Quoi qu'il en soit, les différents caractères que nous venons d'énumérer nous autorisent à croire que nous nous trouvons en présence d'une tumeur de nature épithéliale.

OBSERVATION XI

(Dr TOUPET, *Bulletin de la Société anatomique*, 1889).

EPITHÉLIOMA SOUS-ONGUÉAL DOULOUREUX.

Le cas a été observé par le Dr Peyrot. Il s'agissait d'une petite tumeur de la grosseur d'un pois, développée sous l'ongle du gros orteil, chez une dame de 35 ans environ. Cette tumeur était très douloureuse et gênait véritablement la marche. M. Peyrot l'enleva et nous demanda d'en faire l'examen histologique.

Des coupes furent pratiquées après durcissement par l'alcool; ces coupes comprenaient toute l'épaisseur de la petite tumeur et passaient au niveau du point d'implantation.

A la périphérie, nous avons trouvé une membrane fibreuse peu épaisse, mais assez dense; de cette membrane partaient des travées conjonctives, limitant des loges plus ou moins larges, loges remplies d'amas épithéliaux. Les loges étaient les unes arrondies, les autres allongées, parfois anastomosées.

Dans le tissu conjonctif interposé, on trouvait des vaisseaux assez nombreux. Au niveau du pédicule, on voyait les mêmes amas épithéliaux, et il est à présumer que le néoplasme n'a pas été enlevé complètement.

En examinant, à l'aide d'un plus fort grossissement, il était facile de se rendre compte de la nature de l'épithélium

remplissant les loges. La première rangée était régulièrement implantée sur le tissu conjonctif; elle était formée par des cellules un peu allongées, analogues à celles que l'on trouve au niveau des papilles du derme. les autres couches étaient polyédriques, aplaties par pression réciproque; au milieu des grands amas, on aperçoit parfois une lacune arrondie, correspondant probablement à un vaisseau; la plupart des tubes étaient pleins de cellules.

Ces constatations nous permettent d'affirmer qu'il s'agissait ici, non pas d'une simple papillome, mais d'un véritable épithélioma pavimenteux tubulé. Le pronostic doit donc être absolument réservé dans le cas présent. Nous avons appris, d'ailleurs, que, depuis l'intervention, le malade avait éprouvé de nouvelles douleurs et qu'il y avait des menaces sérieuses de récurrence sur place.

OBSERVATION XII

(Thèse de DAVILLÉ, Paris, 1880.)

ÉPITHÉLIOMA DE LA RACINE DE L'ONGLE.

Eugénie R..., 21 ans. Entre, le 30 mai 1873, à l'hôpital de la Charité, salle Ste-Catherine, n° 20 (service de M. le professeur Gosselin).

Pas d'antécédents héréditaires. Comme affection antérieure, à signaler le rachitisme dont la malade porte des traces évidentes : scoliose droite, déformation du thorax et des membres inférieurs; à l'âge de 10 ans, elle s'aperçut qu'elle avait, au bord interne de l'ongle de l'index droit, une petite plaie assez douloureuse. Puis cette plaie se recouvrit d'une croûte que la malade enlevait et qui se reproduisait rapidement. En même temps, la petite plaie grandit et occupa toute la lon-

gueur du bord interne de l'ongle. Plus tard, 5 ou 6 ans après le début de l'affection, l'ongle lui-même était soulevé dans sa moitié externe. Les douleurs étaient vives, spontanées ; le moindre attouchement les augmentait encore au point que, dans les derniers temps, les fonctions de la main étaient considérablement gênées. Coupée et brûlée (nitrate d'argent) à plusieurs reprises, la petite tumeur n'en croît pas moins.

En 1872, la malade entre à l'hôpital de la Charité où M. Gosselin enlève la tumeur et l'ongle, puis rogne l'os de la phalange.

Un an après, la tumeur avait récidivé, aussi volumineuse qu'avant l'opération ; la malade entre de nouveau à la Charité, demandant elle-même l'amputation de la phalange, tellement les douleurs sont devenues intolérables. L'opération est pratiquée par M. le professeur Gosselin ; il conserve la pulpe du doigt qui sert de lambeau protecteur de la plaie.

Examen de la tumeur. — Elle a l'aspect d'une saillie mamelonnée, papilliforme, comme villeuse et hérissée, de couleur blanchâtre ; elle est formée de deux parties : l'une libre, située dans le sillon latéral de l'ongle ; l'autre en partie cachée.

On peut insister sur trois points :

1^o Lenteur de la marche, en regard de la rapidité de la récidive.

2^o Siège insolite de ce genre de tumeur.

3^o Acuité et persistance des douleurs.

M. Robin donne ensuite l'examen histologique fait par M. Cornil et ces auteurs font le diagnostic d'épithélioma, opinion que combat M. Desprès qui, vu l'âge de la malade, croit plus volontiers à une hypertrophie papillaire.

OBSERVATION XIII (inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé BÉRARD.)

EPITHÉLIOMA SOUS-UNGUÉAL DE L'ANNULAIRE DROIT

Religieuse, 31 ans. Observée dans le service de M. le professeur Poncet, pendant les congés de Pâques 1899.

Cette malade vient demander un traitement pour des douleurs insupportables de la main et du membre supérieur droit, déterminées par une néoformation sous-unguéale de l'annulaire.

Le début apparent de l'affection remonte à dix ans, sans que la malade se rappelle s'il y eut alors un choc ou un traumatisme quelconque à l'origine de l'affection. Mais depuis quatre ans déjà (il y a quatorze ans), cet ongle était toujours cassé, fendillé sur son bord libre et il reparaisait toujours ainsi altéré malgré les précautions les plus soigneuses que prenait la malade.

Il y a 10 ans, les douleurs apparurent, d'abord au contact du dos et du bout de l'ongle ; un an après, ces douleurs se firent sentir spontanément. C'était, au début, comme une secousse électrique passant de l'ongle jusque dans la paume de la main, près du poignet, à de rares intervalles, peut-être 10 fois par an, dit la malade. Depuis six ans, la douleur était plus continue, plus fréquente, toujours avec un maximum dans l'annulaire ; celui-ci était souvent seul douloureux ; parfois aussi les deux doigts voisins étaient le siège d'élançements. A cette époque, les crises douloureuses étaient presque périodiques, duraient quinze jours avec une ou deux semaines de calme dans l'intervalle.

Depuis cinq ans, les douleurs sont allées en s'accroissant de plus en plus ; elles déterminent de véritables secousses électriques jusqu'au coude, plus tard jusqu'à l'oreille et au côté droit du menton. « Cela me faisait sauter sur mon siège

« comme si j'avais eu une grande frayeur. Les derniers
« mois, la douleur était permanente et ne me laissait aucun
« repos ; pendant ces six mois, je pourrai compter le
« nuits où il m'a été possible de dormir. En été, je souffrais
« moins qu'en hiver ; le froid à ce doigt me faisait très mal,
« mais un mal différent de celui qui revenait spontanément.
« C'était une douleur plus sourde qui me faisait défaillir et
« me donnait mal au cœur ».

A l'examen physique, l'ongle apparaît soulevé, violacé ; les tissus sous-jacents apparaissent un peu grenus au travers ; il est impossible d'approfondir cet examen, car le moindre appui, la moindre friction ramènent ces élancements douloureux.

La malade demandant instamment à être soulagée le plus tôt possible, le jour même, après anesthésie générale (au mélange de Billroth), M. Bérard pratique l'opération suivante : ablation de l'ongle à la pince ; la matrice apparaît presque intacte, mais avec une surface grenue et très vascularisée. Au-dessous, la petite tumeur est très nettement visible.

L'incision de la matrice le long de son bord postérieur montre un tissu grenu, ayant la consistance de gelée de pomme, amassé en une boule du volume d'un gros pois. Cette tumeur se prolonge dans la profondeur de la phalange, en arrière de l'ongle, et on peut l'enlever complètement après avoir mené deux petites incisions parallèles de décharge sur le dos de la phalange. La logette de la tumeur apparaît alors creusée en partie dans la phalange elle-même ; à son niveau, l'os est évidé en cupule. L'examen le plus soigneux ne révèle à ce niveau aucune terminaison, aucun amas d'apparence nerveuse. Toutefois, pour plus de sécurité, la logette est soigneusement raclée à la curette et ses bords touchés au thermocautère. La malade rentre le jour même dans son couvent.

Le 11 août 1899, elle répond à une demande de renseignements de M. Bérard dans les termes suivants : « Mon doigt

« a été cicatrisé complètement six semaines après l'opération,
« mais il n'est pas beau. L'ongle n'a pas repoussé et il reste
« un creux à la place de la tumeur. J'ai aussi quelques diffi-
« cultés à plier le bout du doigt, mais, à part ces petits in-
« convénients, je crois que je suis guérie. La douleur que je
« ressentais avant l'opération a disparu; de temps à autre,
« cependant, quelques élancements très légers passent dans
« le doigt. Je dors très bien la nuit et, pendant la journée,
« j'ai un bien-être auquel je n'étais pas habituée. »

L'examen histologique a été pratiqué par M. le docteur Dor qui conclut à une tumeur épithéliale développée aux dépens des cellules ectodermiques de la matrice de l'ongle. Ces cellules, en effet, sont groupées en lobules très caractéristiques, ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur les photographies microscopiques de la tumeur.

Nous avons été dans l'impossibilité matérielle de reproduire ces photographies, mais l'observation sera prochainement publiée par M. Bérard avec les résultats éloignés de l'intervention.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs sous-unguéales douloureuses sont peu fréquentes (13 observations) et leur étiologie mal élucidée.

II. — Ce sont rarement des névromes, un seul cas avec examen histologique et un cas douteux. Plus souvent, ce sont des épithéliomas (4 cas); mais on trouve aussi les variétés suivantes :

- 3 durillons;
- 1 papillome;
- 1 fibrome;
- 1 tumeur à myéloplaxes;
- 1 botryomycome (?)

III. — Cliniquement, elles déterminent des douleurs vives, spontanées et exagérées par la pression, quelquefois irradiées; il n'y a jamais de lésions des parties voisines (pus, bourgeons charnus, corps étrangers).

IV. — Les douleurs trouvent leur explication dans le siège sous-unguéal de la tumeur qui est comprimée entre deux plans résistants : la phalange et l'ongle. Les douleurs spontanées sont sous la dépendance d'une turgescence ou d'une érectilité des vais-

seaux situés dans le derme sous-unguéal au voisinage de la tumeur.

V. — La spontanéité des douleurs, leur consistance plutôt molle et comme charnue, l'absence d'une large base d'implantation osseuse, distinguent ces tumeurs des exostoses sous-unguéales.

L'état des parties voisines (absence de pus, bourgeons fongueux) empêchera de les confondre avec la dermite aiguë sous-unguéale, l'ongle incarné, les onyxis et périonyxis divers.

VI. — Elles ont un développement lent, mais continu ; elle arrivent rapidement à leur paroxysme douloureux.

Le pronostic doit être réservé, car la récurrence est fréquente.

VII. — Le traitement consistera dans l'opération de l'ongle incarné avec ablation totale de la tumeur, suivie du grattage profond du derme sous-unguéal et de l'os, si la tumeur a des connexions avec celui-ci.

La désarticulation de la phalange sera nécessaire s'il y a récurrence.

VU :

Le Président de la thèse,

PONCET.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 4 juillet 1900.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- CHANDELUX. — Tubercules sous-cutanés douloureux *Archives de Physiologie*, 1882.
- DAVILLÉ. — Contribution à l'étude de l'épithélioma des ongles. Thèse de Paris, 1880.
- FOLLIN. — Pathologie externe, L. II.
- GÉRARD-MARCHAND. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1888, p. 334.
- HERVEY. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1871, p. 252.
- LEBOUC. — Thèse de Paris, 1888-89, n° 359.
- LE FORT. — *Bulletin de la Société anatomique*, 14 février 1877.
- MIRAMOND. — Des exostoses sous-unguéales, Thèse de Lyon, 1894, n° 978.
- PONCET. — *Lyon Médical*, 17 mai 1897.
- POZZI. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1874 p. 587.
- RENAUT. — Traité d'Histologie, t. II.
- SPERINO. — *Giorno d. R. Accad. di Med. de Torino*, décembre 1893, p. 639.

SPIRE. — De l'exostose sous-unguéale des doigts. Thèse de
Lyon, 1898, n° 13.

THIERY. — *Bulletin de la Société anatomique* 1888, p. 332
à 336.

TOUPET. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1889, p. 30.

